69e Année. IIe Série. Tome I. N° 23 4 Juin 1898

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Revue Clinique de Médecine, Chirurgie & Obstétrique

Directeur : **F. DE RANSE.** — *Rédacteur en chef :* **Marcel BAUDOUIN**

SOMMAIRE. — Bulletin : Honoraires et Tribunaux, par Marcel Baudouin. — Médecine Opératoire : Les Opérations pour Obstruction intestinale, par M. Jeannel (de Toulouse) (*Suite et fin*). — Revue des Sociétés Savantes de la Semaine : *I. La Médecine. — II. La Chirurgie.* — Nécrologie. — Variétés : Les Incidents du Concours d'Agrégation d'Histoire Naturelle et d'Anatomie. — Nouvelles et Faits divers. — Agence de la Presse Scientifique. — Institut de Bibliographie.

BULLETIN

Honoraires et Tribunaux.

Que pensez-vous du jugement que vient de rendre la Huitième Chambre du Tribunal civil de Paris, dans l'affaire dite Marguerite Ugalde ? Pour nous, il nous a paru intéressant au moins à deux titres. D'abord en ce qu'il consacre une coutume précieuse, cela d'une façon officielle ; puis, parcequ'il montre quels sont encore les sentiments des magistrats, en ce qui concerne le paiement de nos honoraires ! Il y aurait bien un troisième côté de la question à envisager, sinon parcequ'il est le plus intéressant au point de vue déontologique, du moins parce qu'il est le plus gai et le moins nourrissant pour le médecin (nous faisons allusion à cette théorie d'après laquelle le praticien devrait soigner tous les artistes à l'œil !) ; mais cela nous entraînerait trop loin aujourd'hui. Nous nous bornerons donc aux choses sérieuses.

Parlons d'abord du bon côté de ce procès sensationnel, où beaucoup de fleurs furent surtout envoyées en guise d'honoraires ! En l'espèce, le tribunal a jugé que les *livres du médecin* constituaient un élément de preuves suffisant, à moins d'exagération évidente, c'est-à-dire jugé conformément aux antiques coutumes. En cela, il a eu grandement raison. Au demeurant, procéder autrement serait à peu près impossible et vouloir retomber dans l'arbitraire le plus absolu. A moins d'obliger le médecin à faire contrôler ses visites par deux témoins... ou deux agents de police !

Mais voilà qui est beaucoup plus extraordinaire et tout à fait..... consolant ! Notre confrère, qui avait pour cliente une dame d'aussi haute marque que Marguerite Ugalde, — dite Mlle Varcollier à l'état civil —, avait compté ses visites à 10 fr. : ce qui était presque lui faire l'aumône. Or, le tribunal a trouvé que ce médecin avait majoré chacune de ces visites et les a réduites au prix de ..... devinez ? *Huit francs.*

Il a donc « marchandé » pour *deux francs !* Est-ce assez typique ! Mais qui diable pourrait bien nous dire quand une consultation doit être comptée à 5, 8 ou 10 francs ? Avouez qu'il aurait été beaucoup moins mesquin et plus simple de laisser à 10 fr. des visites qui certainement en valaient plus de quinze. Mais les juges sont avant tout des hommes..., n'aimant pas les ordonnances qu'ils ne rédigent pas eux-mêmes !

Marcel Baudouin.

UN MÉDECIN POLITICIEN A CUBA

M. le Dr de Montalvo, médecin de la Faculté de Paris, praticien de grand renom à la Havane, fut toujours, avant et même après l'explosion de l'insurrection, l'un des plus fermes partisans de l'autonomie. Il ne cessa jamais, par la plume et par la parole, de la réclamer. Il avait le loyalisme dans le sang. Ses ancêtres, venus à Cuba au siècle dernier, avaient occupé les plus hautes fonctions dans la colonie et servi l'Espagne avec un entier dévouement. Un jour, son fils aîné partit ; il est aujourd'hui colonel dans l'armée cubaine, et lui fut arrêté, déporté à Centa, où il rendit de si éminents services comme médecin qu'au bout d'un an il fut relâché. C'est alors qu'il passa aux Etats-Unis et fit venir sa famille à Jacksonville, où il exerce sa profession, en attendant de pouvoir la reprendre à la Havane.

MÉDECINE OPÉRATOIRE

Les Opérations pour Obstruction intestinale *(Fin)* (1) ;

Par M. JEANNEL (de Toulouse)
Professeur de Clinique chirurgicale à la Faculté de Médecine.

REVUE GÉNÉRALE.

Opérations intestino-péritonéales pour lever l'obstacle ou traiter la lésion intestino-péritonéale qui cause l'obstruction. — Il s'agit ici d'opérations variant le plus souvent, suivant les cas particuliers : les règles que je vais énoncer seront donc très générales.

Fig. 57. — Etranglement par le diverticule au moyen d'un double nœud.

1° ÉTRANGLEMENT INTERNE PAR BRIDES. — Les brides sont épiploïques ou péritonéales, ou bien ce sont des diverticules intestinaux.

1° *Brides péritonéales ou épiploïques.* — Il faut accrocher la bride avec le doigt, l'amener dans la plaie et la sectionner entre deux pinces, pour lever l'étranglement ; puis attirer l'anse étranglée dans la plaie et la traiter comme une anse étranglée d'une hernie ordinaire, suivant

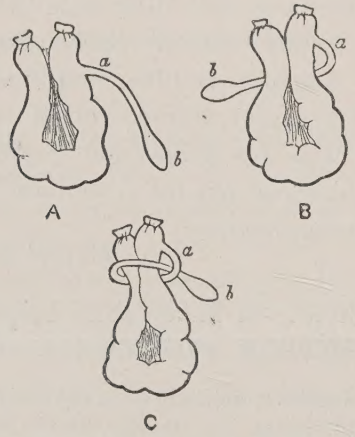

Fig. 58. — Un mode d'étranglement par le diverticule (Renault-Béclard).

les lésions qu'elle possède. Je dis cela une fois pour toutes, pour n'avoir pas à y revenir, au sujet de tous les étranglements.

Une fois l'anse traitée, il faut lier la bride aussi près que possible de ses insertions, qu'elles soient pariétales, viscérales ou mésentériques, et la réséquer, pour se mettre à l'abri des récidives.

(1) Voir n° 21.

S'il existe une bride, il peut en exister deux, il importe de s'en assurer sous peine d'opération incomplète.

S'il est impossible d'amener la bride dans la plaie, il faut la traiter sur place au fond du ventre. Les brides font quelquefois des nœuds très compliqués, qu'il importe de débrouiller ou de couper.

2° *Diverticules intestinaux.* — Ils s'abouchent le plus souvent à l'iléon et s'insèrent, soit à l'ombilic, soit au mésentère, quelquefois à la paroi ou à l'intestin lui-même. On a cité des faits et même opéré des cas (Roimski, 1888), dans lesquels le diverticule n'était autre que l'appendice considérablement allongé et adhérent par son extrémité. Le diverticule atrophié est parfois transformé en un cordon plein ; on le traitera dès lors comme une simple bride. Mais le plus souvent, le diverticule reste creux, sinon dans toute son étendue, au moins au voisinage de son insertion à l'iléon. Il faut alors, après libération de l'anse étranglée, pratiquer l'extirpation entière du diverticule, avec entérorraphie latérale au niveau de l'insertion intestinale.

En fait, c'est une véritable entérectomie qu'il faut faire ; le chirurgien se conduira en conséquence, n'oubliant pas que la cavité du diverticule est souvent en large communication avec la cavité de l'iléon, et par conséquent est septique comme elle. Quelquefois le diverticule très long, terminé en cul-de-sac et flottant, se jette et se noue comme un lazzo sur une anse voisine ou sur l'anse même qui le porte (Fig. 57 et 58). Le mieux alors est de dénouer le nœud avant de réséquer le diverticule. Mais ce peut être impossible ; il faut alors faire une résection provisoire du diverticule entre deux pinces, asepsier les tranches, traiter l'anse étranglée, enfin réséquer définitivement le bout intestinal du diverticule.

2° ÉTRANGLEMENT PAR ENGAGEMENT DANS UN ORIFICE. — Les orifices, à travers lesquels l'intestin peut s'engager pour s'y étrangler, sont pariétaux, mésentériques ou épiploïques.

a) Orifices pariétaux. — Les orifices des pariétaux sont, en dehors des anneaux classiques, les lacunes aponévrotiques qui donnent passage aux vaisseaux (hernies pariétales), les fossettes duodénales, péricæcales ou intersigmoïdes (hernies rétro-péritonéales); enfin les orifices diaphragmatiques.

1) *Hernies pariétales.* — Les hernies pariétales

sont des pincements herniaires épiploïques ou intestinaux, qui ne sont ni visibles, ni sensibles par l'exploration extérieure. S'il s'agit d'un pincement intestinal, il faut dégager l'anse pincée, soit par simple traction, soit après débridement de l'orifice, l'examiner et la traiter suivant ses lésions. Le débridement sera fait avec toutes les précautions voulues, pour ne blesser ni l'intestin pincé, ni les anses voisines ; il n'est point toujours facile, mais le plus souvent, il n'est pas nécessaire.

S'il s'agit d'un pincement épiploïque, on le traitera comme une simple bride, en considérant que les accidents dépendent bien plus souvent d'un étranglement, sur ou sous la bride, que du pincement épiploïque lui-même, comme je l'ai moi-même observé.

Il faut enfin bien savoir que le pincement intestinal et le pincement épiploïque peuvent coexister.

Lorsque la hernie est libérée, il faut, pour éviter les récidives, traiter l'orifice. C'est une cure radicale qui n'est point commode. La suture de l'orifice par l'abdomen, en négligeant le petit sac, serait ce qu'il y a de plus simple; elle est quelquefois tellement difficile, en raison de la position de l'orifice, qu'elle en devient impossible. Le mieux est alors d'inciser la paroi abdominale au niveau de la hernie et de procéder à une cure radicale classique, par extirpation du petit sac.

2) *Hernies rétro-péritonéales.* — Jonnesco (1890) a, mieux que personne, étudié ce genre de hernie, très rare heureusement, car le traitement en est fort difficile et aléatoire.

Deux cas peuvent se présenter :

a) Après ouverture du ventre sur la ligne médiane ou au niveau même de la hernie, le chirurgien découvre une vaste poche péritonéale qui renferme l'intestin grêle. Il s'agit le plus souvent d'une hernie duodénale complète. Or, l'incision directe de la paroi antérieure du sac, naturellement double à ce niveau (péritoine pariétal postérieur et paroi du sac), est dangereuse, en raison des gros vaisseaux qu'on risque fort d'y rencontrer. Il vaut mieux déplacer le sac en le réclinant, ou au besoin, en le herniant en totalité à travers l'incision pariétale suffisamment agrandie, et aller chercher l'orifice herniaire qui se trouve en arrière, à droite ou à gauche de la colonne vertébrale (hernie duodénale), contre la fosse iliaque droite, sous le cæcum (hernie péricæcale), vers la fosse iliaque gauche, près du promontoire (hernie intersigmoïde).

b) Après ouverture du ventre, le chirurgien ne découvre pas de tumeurs rétro-péritonéales; ses recherches de la cause de l'obstruction sont infructueuses, il faut songer aux petites hernies rétro-péritonéales et aller étudier les orifices. L'orifice des hernies duodénales sera cherché très haut, au-dessous de la racine du mesocôlon transverse, à droite ou à gauche de la colonne vertébrale, après avoir déplacé la masse de l'intestin grêle. En pinçant entre les doigts la lèvre tranchante de l'orifice, on sentira battre les artères qui s'y trouvent (artère colique gauche ou artère mésentérique supérieure à droite). L'orifice d'une hernie péricæcale sera cherché sous le cæcum, dans la fosse iliaque droite; celui d'une hernie intersigmoïde, près du promontoire à gauche.

Quelquefois un simple déplacement de l'intestin coudé sur l'orifice suffit pour libérer la hernie : d'autres fois il existe un étranglement serré, il faut débrider. Or, au moins pour les hernies duodénales, la présence des artères que j'ai signalées plus haut, rend ce débridement dangereux, sinon même impossible.

Bardenheuer pose des règles pour ces débridements; elles comportent tant d'exceptions qu'elles n'existent plus. Il faut débrider où on peut, en voyant ce qu'on fait, ou en coupant entre deux pinces, s'il est possible. Il faut au lieu de débrider, essayer de dilater. Quant au traitement de l'orifice, après réduction de la hernie, il serait téméraire d'en conseiller la suture avec ou sans extirpation du sac; ce sont là des opérations à peu près irréalisables, au moins dans la plupart des cas.

3) *Hernies diaphragmatiques.* — Les hernies diaphragmatiques sont à rapprocher des hernies rétro-péritonéales. Congénitales ou traumatiques, elles se font toujours, si ce n'est dans le centre tendineux et à sa partie postérieure, du moins au voisinage de cette région. C'est donc en arrière, vers le centre diaphragmatique, contre la colonne vertébrale, que se trouve l'orifice à travers lequel passent l'intestin et les viscères.

Pour atteindre une hernie diaphragmatique, on peut suivre deux voies : la voie abdominale, conseillée par Laënnec, la voie thoracique, conseillée par Noorden, de Munich (1893).

En fait, mes recherches ne m'ont dévoilé que

deux observations où une intervention ait été faite, pour une hernie diaphragmatique d'origine traumatique. C'est d'abord celle de Naumann (1888). Ce chirurgien fit la laparotomie par le procédé de Kümmell, constata la hernie constituée par le grand épiploon, le côlon et la majeure partie de l'estomac, engagés dans un trou derrière le centre tendineux; mais il ne put réduire, malgré la dilatation de l'orifice. Le malade mourut. Naumann conseille de combiner la laparotomie à la thoracotomie, pour supprimer l'aspiration pleurale sur le contenu de la hernie. C'est ensuite celle d'Abel (1893). Abel posa le diagnostic, fit la laparotomie sus-ombilicale, réduisit du côlon et de l'épiploon, ferma le ventre et perdit sa malade deux heures après !

Quant à la voie thoracique transpleurale, qui a l'avantage, indiqué par Naumann, de supprimer l'aspiration thoracique sur le contenu herniaire, on conçoit qu'elle puisse permettre d'atteindre la hernie, de la réduire et de traiter l'orifice. On procéderait absolument comme s'il s'agissait d'un kyste hydatique supéro-postérieur du foie. Mais l'opération n'ayant rien de réglé, ce serait témérité que d'essayer de la décrire d'une façon précise. Conseiller d'inciser en arrière, à droite ou à gauche, suivant les signes qui permettraient de localiser la hernie d'un côté ou de l'autre, à la base du thorax; de réséquer dix à douze centimètres de la dixième et de la neuvième côte, d'ouvrir la plèvre (car la décoller serait trop difficile); de suivre la face supérieure du diaphragme, jusqu'à atteindre la hernie; de dilater l'anneau, mais non de le débrider (ce serait trop dangereux avec les respectables voisins qui règnent dans la région); de réduire, de réséquer le sac, de fermer l'orifice par la suture, c'est très bien, très facile à écrire, très séduisant même; mais combien la pratique d'une pareille opération réserverait de désagréables surprises à l'opérateur? C'est ce que le défaut d'expérience ne permet pas de préciser.

b) Orifices mésentériques ou épiploïques. — Les orifices mésentériques ou épiploïques sont normaux ou accidentels.

Les *hernies dans l'hiatus de Winslow* sont des hernies dans un orifice normal.

Pour rares qu'elles soient, on en observe cependant. Jonnesco (1890) en cite huit cas. Treves (1888) a tenté d'en opérer une ; il fit la laparotomie, réduisit une anse grêle, mais ne put réduire le cæcum, le côlon ascendant et une portion du côlon transverse également engagés. Il abandonna l'opération et le malade mourut.

L'hiatus de Winslow est entouré en avant et en bas, par le canal cholédoque, par la veine porte, par l'artère hépatique et par l'artère gastro-duodénale droite, en arrière, par la veine cave inférieure (Fig. 59). On conçoit qu'un tel voisinage

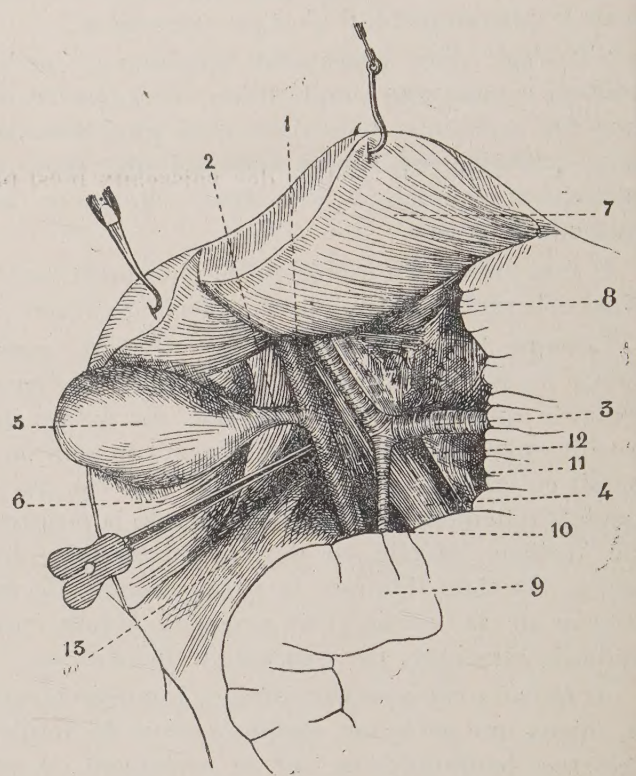

Fig. 59. — Rapports de l'hiatus de Winslow.— Le foie a été relevé ; la partie supérieure du duodénum, abaissée ; le feuillet antérieur du petit épiploon ou épiploon gastro-hépatique, enlevé.

Une sonde cannelée est engagée dans l'hiatus. — Derrière le pédicule vasculaire on aperçoit le feuillet postérieur du petit épiploon. — 1, canal hépatique ; 2, canal cystique ; 3, artère hépatique ; 4, veine porte ; 5, vésicule biliaire ; 6, lobe droit du foie ; 7, lobe gauche du foie ; 8, lobule de Spiegel ; 9, duodénum ; 10, cholédoque ; 11, pancréas ; 12, artère gastro-épiploïque droite ; 13, rein.

impose le respect au bistouri, surtout en cas de hernie et d'étranglement, alors que la tension de l'orifice en change les rapports et en rend l'accès difficile. C'est pourquoi, au lieu de débrider, il vaudrait bien mieux, je pense, chercher à dilater l'hiatus. Si toutefois la dilatation était impossible, il faudrait inciser avec les plus grandes précautions en bas et en dehors. Mais, si de ce côté on risque moins de couper le cholédoque, la veine porte et l'artère hépatique, les chances de blesser

l'intestin ou un gros vaisseau seraient telles, qu'il serait préférable de créer une entéro-anastomose entre les deux chefs de la hernie.

Les *hernies*, ou plus exactement les *étranglements dans des trous* accidentels de l'*épiploon ou du mésentère*, sont plus communément observées.

Au point de vue opératoire, il n'y a pas à ce sujet grand'chose à dire. Il faut débrider l'orifice pour dégager l'intestin, en ayant soin d'éviter les vaisseaux mésentériques ou épiploïques qui peuvent cheminer aux alentours. Toutefois, la blessure d'un de ces vaisseaux n'aurait en général qu'une médiocre importance, car il serait facile de placer une pince et une ligature.

Au surplus, la section des vaisseaux n'est pas le seul écueil à éviter au cours du débridement, il y a aussi la blessure des anses voisines. Donc, pour opérer ce débridement, il importe d'y voir. Il faudra par conséquent, autant que possible, amener le mésentère ou l'épiploon perforé dans la plaie, afin d'opérer à ciel ouvert; on débridera au bistouri ou mieux encore au ciseau.

D'ailleurs bien souvent, il s'agit là d'étranglement peu serré et la simple traction sans débridement suffit à dégager l'anse, qui est plutôt coudée sur le tranchant du bord de l'orifice que véritablement étranglée.

Quoiqu'il en soit, il est de toute nécessité, une fois l'anse dégagée, d'obturer l'orifice par une suture, pour se mettre à l'abri des récidives. Quant à l'anse étranglée, elle sera traitée comme toute anse étranglée ordinaire ; mais il faut savoir que l'étranglement peut être compliqué de volvulus, et agir en conséquence.

3° Volvulus. — Le volvulus est une des formes les plus graves de l'obstruction intestinale : il importe donc d'agir contre lui avec décision et rapidité.

Les opérations conseillées pour réduire ou traiter le volvulus sont :

1. *Le lavement forcé.* — Treves a montré qu'il était plus nuisible qu'utile : je ne crois pas devoir en indiquer la technique.

2. *Insufflation de gaz hydrogène.* — Senn déclare que c'est un procédé sans danger et qui, employé de bonne heure dans certains cas favorables, peut produire les meilleurs résultats. La technique consiste à vider par pression un ballon d'hydrogène, mis en communication avec l'intestin, au moyen d'une canule introduite par l'anus. En réalité, c'est un procédé peu pratique et peu efficace et dont le moindre défaut est d'augmenter le tympanisme.

3. *La laparotomie.* Treves conseille la pratique suivante : laparotomie médiane, découverte du volvulus, qui est attiré dans l'incision; fonction de l'anse nouée. Quelquefois le volvulus se résoud spontanément : s'il n'en est pas ainsi, incision de l'anse au sommet du nœud, déploiement du volvulus et entérostomie au niveau de l'incision intestinale.

Je ne vois pas l'avantage de cette entérostomie sur une anse malade. Je pense qu'une fois le ventre ouvert et le volvulus en main, il faut chercher à dérouler l'intestin, par de douces et méthodiques tractions au-dessus et au-dessous du nœud. Si on y parvient, on examinera de très près l'intestin pour y découvrir les lésions et les menaces de sphacèle, que l'on traitera suivant leur importance ; on fera l'entérorraphie latérale, si les lésions sont minimes, l'entérectomie, si elles sont étendues. Certains volvulus se dénouent plus ou moins facilement, mais se reproduisent aisément ; on les reconnaît à cela que, si l'intestin s'étale, le mésentère reste plissé, tordu, raide : il n'y a point à hésiter, il faut ici faire l'entérectomie, c'est-à-dire la résection de l'anse nouée, ou tout au moins l'entéro-anatomose.

Si on ne parvient pas à dénouer le volvulus, la résection s'impose comme la seule et unique chance de salut.

Donc laparotomie : volvulus réductible et non récidivant, examiner et traiter l'anse comme une anse étranglée ordinaire ; volvulus réductible, mais récidivant, entérectomie ou entéro-anastomose ; volvulus irréductible, entérectomie.

Je ne saurais trop insister, en tout cas, sur ce fait, que, dans le traitement du volvulus, il faut considérer que la torsion aboutit à l'obstruction, en causant de l'étranglement, et que le traitement de l'obstruction par l'entérostomie ou l'entéro-anastomose, ne suffit pas toujours à supprimer l'étranglement qui résulte de la torsion elle-même.

4° Flexions et Coudures. — Elles sont produites par des adhérences qui fixent, en l'infléchissant, une anse à la paroi, ou qui accolent deux anses l'une à l'autre en canon de fusil.

La manœuvre opératoire consiste à détacher les adhérences ; cela n'est encore pas trop difficile ; mais il est moins aisé d'empêcher les récidives.

Il est démontré que les sections péritonéales faites avec le thermo-cautère, aboutissent moins que toutes les autres à la formation d'adhérences ; il faudra donc, dans la mesure du possible, c'est-à-dire, sans risquer d'escharifier l'intestin, sectionner les adhérences au thermo, ou tout au moins

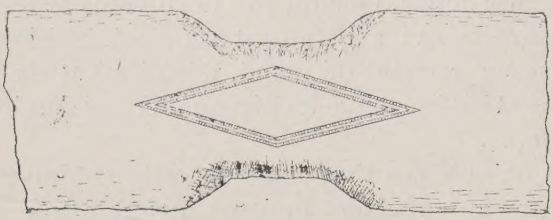

Fig. 60. — Résection losangique de l'intestin pour rétrécissement.— Entéroplastie.

toucher au thermo les plaies qui résulteront de la déchirure des adhérences.

Que si l'intestin, disséqué des adhérences qui le coudaient et l'infléchissaient, apparaît blessé au point que sa nutrition en soit forcément compromise, et *a fortiori*, si l'intestin est déchiré, la résection s'impose.

Que si encore l'étendue des adhérences est si considérable, que la plaie intestinale, résultant de la dissection, apparaît comme étant forcément vouée à contracter de nouvelles adhérences, il faudrait réséquer.

A la vérité ce sont là des cas qui ne sont simples qu'en apparence ; certains péritoines, et je parle de ce que j'ai vu, fabriquent des adhérences, c'est-à-dire font de la péritonite plastique avec une désespérante facilité. Les manipulations même de la laparotomie suffisent à l'y inviter et deviennent la source de récidive des flexions et des coudures.

Pour éviter la récidive de certaines obstructions intestinales par coudures, du côlon en particulier, Villemin (1896) conseille de faire une opération qu'il nomme *entéropexie* et qui consiste à fixer l'intestin sur une longue étendue à la paroi abdominale par des sutures appropriées.

J'ai eu sous les yeux le texte de l'observation présentée par Villemin à la Société de Chirurgie ; la technique suivie par ce chirurgien est celle de la colopexie.

Rétrécissements. — Les rétrécissements sont cicatriciels ou néoplasique.

Les rétrécissements cicatriciels doivent être traités par l'entérectomie ou par l'entéroplastie.

L'*entéroplastie* est l'opération qui consiste à inciser longitudinalement l'intestin rétréci (rétrécissement cicatriciel), puis à suturer la plaie transversalement.

C'est l'application, aux rétrécissements de l'intestin grêle, de l'opération imaginée par Heinecke-Mickulicz (pyloroplastie) pour les rétrécissements du pylore.

A ma connaissance, Péan (1890) a bien pratiqué l'entéroplastie pour un rétrécissement de la valvule iléo-cæcale, mais non pas pour un rétrécissement de l'intestin grêle.

Quoiqu'il en soit, pour opérer, il faut inciser le rétrécissement dans toute sa longueur. On obtient ainsi une plaie losangique que l'on réunit transversalement (Fig. 60 et 61).

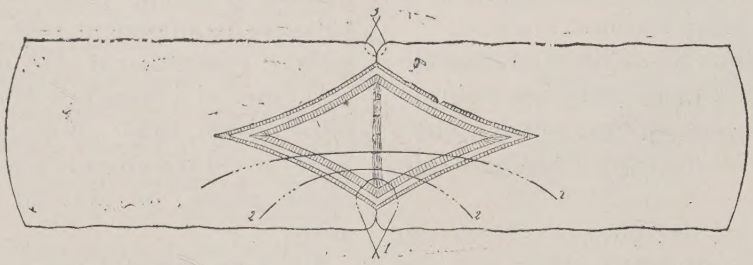

Fig. 61. — Suture de la fente. — 1, Suture muquo-muqueuse ; 2, 2, 3, Sutures séro-séreuses.

Il suffit d'y réfléchir, pour voir que l'entéroplastie n'est applicable qu'aux rétrécissements très courts. Plus le rétrécissement sera long, plus il faudra, en effet, une incision longue. Or, plus l'incision sera longue, plus on coudera l'intestin en suturant transversalement.

Il pourra même se faire, lorsque l'incision sera plus longue que le diamètre de l'intestin normal, que la suture transversale devienne une mauvaise suture en croix.

Les rétrécissements néoplasiques sont opérables ou inopérables : l'entérectomie, pour les opérables ; l'entéro-anastomose pour les inopérables, sont les opérations de choix.

6° **Dilatation.** — C'est une lésion et une cause d'obstruction que l'on observe presque exclusivement sur le côlon : l'entérostomie me paraît l'opération à faire.

7° **Corps étrangers.** — Taille intestinale.

8° **Invagination.** — Les opérations pratiquées pour traiter les invaginations sont :

1° *L'insufflation de gaz hydrogène par le rectum.*

2° *L'entérostomie.*

3° *La laparotomie.*

1° *L'insufflation d'hydrogène par le rectum* a été conseillée par Senn (1888). Le matériel nécessaire est un ballon de caoutchouc rempli d'hydrogène, dont le tube d'évacuation est muni d'une canule.

Le malade doit être anesthésié. La position varie : les uns conseillent le décubitus latéral, les cuisses et les jambes en demi-flexion, pour obtenir le relâchement complet de la paroi abdominale ; d'autres préfèrent, et je suis du nombre, le décubitus dorsal dans la position de la taille, le bassin relevé.

La canule est introduite profondément dans l'anus et, sur elle, la main d'un aide serre les fesses. Une pression douce et régulière est alors exercée sur le réservoir. Senn précise, et dit que cette pression ne doit pas excéder un kilo par pouce carré. La difficulté est d'arriver en pratique à cette précision ; j'estime que, sans un gazomètre, c'est une impossibilité. Heureusement que ce n'est pas une nécessité ! Donc, pressez régulièrement et doucement sur le ballon ; le résultat obtenu sera satisfaisant.

La désinvagination résulte de la distension de l'étui invaginant ; le gaz s'insinue dans le cul-de-sac, où l'invaginant se continue avec l'invaginé, distend ce cul-de-sac, qui ne peut s'amplifier et s'étendre que grâce à la réduction de l'invagination, car l'invaginant est fixe tandis que l'invaginé est mobile, puisqu'il s'est mobilisé pour s'invaginer.

La réduction est annoncée par la diminution brusque de la résistance dans le ballon ; mais la rupture de l'intestin peut produire le même effet. Toutefois, s'il s'agit d'une réduction, le ventre se distend graduellement et la matité hépatique persiste ; tandis que, s'il s'agit d'une rupture, l'abdomen se tympanise subitement et uniformément, et la matité hépatique disparaît.

En réalité, procédé *a priori* séduisant, mais aveugle et dangereux, car on ne sait jamais si l'intestin est en état de supporter la pression gazeuze, tandis que l'on sait bien que l'invagination aboutit vite au sphacèle et à la perforation, car c'est le pire des étranglements internes.

Au surplus, alors qu'il est souvent si difficile, pièces en mains, après laparotomie, d'obtenir la désinvagination par traction ou expression (voir plus loin), combien il y a peu de chances de réussir par un procédé si peu méthodique et si peu chirurgical !

2° *L'entérostomie.* — C'est un palliatif contre l'obstruction, mais point un traitement de l'invagination ; celle-ci n'est pas supprimée, et dans bien des cas elle a continué son œuvre, produisant le sphacèle, la perforation et la péritonite. Dans l'invagination, on peut dire que l'obstruction est un phénomène secondaire et de peu d'importance ; les troubles de nutrition de l'intestin sont autrement graves et menaçants et ils continuent d'évoluer, même alors que le bout supérieur est évacué.

L'indication de l'entérostomie est faite des contr'indications de deux autres opérations, à savoir : malade en collapsus ou très déprimée.

3° *La laparotomie.* — Elle doit être en faite, en règle générale, sur la ligne médiane.

Elle permet trois opérations : 1° la *désinvagination ;* l'*entéro-anastomose ;* la *résection.*

1° *Désinvagination.* — La désinvagination se fait par *traction* ou *expression.*

a) Traction. — Le chirurgien, saisissant le bout invaginé au-dessus et le bout invaginant au-dessous de l'invagination, exerce en sens inverse de douces tractions pour dérouler l'invagination. Tel est le principe. Mais l'œdème résultant de la stase veineuse et de l'inflammation, surtout du côté du bout invaginé, constitue un premier obstacle. Pour lever cet obstacle, il est bon de faire précéder la traction d'une sorte de massage très doux, mais continu, de l'invagination.

Des adhérences peuvent encore s'être formées, qui unissent les deux bouts invaginés et s'opposent à la réduction. Rydygier (1887) conseilla de rompre ces adhérences, par l'introduction et la circumduction du doigt entre les deux cylindres ; mais il faut bien savoir que cette manœuvre expose à la rupture et qu'il importe de procéder avec la plus grande prudence. Quant à la traction elle-même, elle doit être d'une extrême douceur et agir plutôt par sa continuité que par sa vigueur, sous peine d'aboutir à la déchirure de l'intestin devenu extrêmement fragile.

b) Expression. — Je ne sais où j'ai vu conseiller ce moyen de désinvagination. Après avoir libéré les adhérences qui peuvent unir les deux intestins, au lieu de tirer sur les deux bouts, on fixe d'une main le bout invaginant, au-dessous de l'extrémité du bout invaginé, puis on saisit et on comprime l'intestin de bas en haut, c'est-à-dire du sommet de l'invagination à sa base, faisant ainsi une sorte de taxis du bout invaginé, à travers l'invaginant. En

réalité, c'est la combinaison du massage intestinal avec un mouvement d'expression.

Roser conseille, lorsque l'on a obtenu la désinvagination, de suturer toute la zone invaginée à la paroi abdominale, pour éviter les récidives ; mais la récidive est peu probable, et cette fixation d'une anse à la paroi risque fort d'aboutir à une coudure.

Senn préfère raccourcir le mésentère en le ployant parallèlement à l'intestin. Mais ne risque-t-on pas ainsi de compromettre la circulation mésentérique et, par conséquent, la vitalité de l'intestin.

La désinvagination ne réussit pas toujours ; deux ressources s'offrent alors au chirurgien : l'entéro-anastomose, l'entérectomie.

La technique de ces deux interventions est connue du lecteur ; je me bornerai donc à rappeler leurs indications respectives.

2° *Entéro-anastomose.* — L'entéro-anastomose sera l'opération de choix, si l'obstruction étant complète ou presque complète, il n'y avait pas à craindre de sphacèle et de perforation de l'intestin engaînant, mais c'est là l'exception.

8° *Entérectomie.* — L'entérectomie s'impose s'il y a sphacèle et menace de perforation.

L'entérectomie peut être faite, et est faite le plus généralement par le procédé classique. Cependant Maunsell propose, pour l'invagination chronique, le procédé suivant :

Procédé de Maunsell. — Sur l'intestin invaginant, à la limite de l'invagination, faites une incision longitudinale assez longue, c'est-à dire de 8 à 10 centimètres (Fig. 62). Allez chercher l'intestin

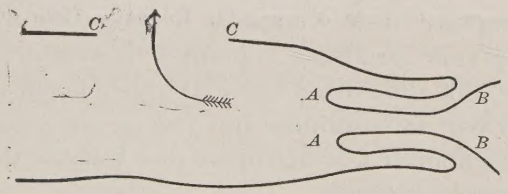

Fig. 62. — Schéma des sections longitudinales de l'intestin, montrant une invagination irréductible aiguë et sa méthode de traitement par le procédé Maunsell. — *C*, *C*, ouverture longitudinale faite sur le bord supérieur de l'invaginante ; *A*, *A*, sommet de l'invaginée ; *B*, *B*, col de l'invaginée.

invaginé, saisissez-le avec deux pinces érignes, attirez-le, herniez-le en totalité hors de l'incision longitudinale, jusqu'à y entraîner le collet de l'invagination. Après avoir fixé l'intestin hernié par deux broches passées au ras de l'incision, réséquez-le et traitez les deux sections intestinales suivant le procédé d'entérorrhaphie circulaire de Maunsell. C'est-à-dire placez les 22 sutures, réduisez et fermez la plaie longitudinale (Fig. 63).

Le procédé est ingénieux, au moins pour les invaginations de petite longueur. Pour les invaginations longues, il serait difficile de hernier tout l'intestin malade à travers l'incision longitudinale ; aussi l'entérectomie par le procédé classique me paraît-elle alors devoir être préférée.

9° **Opérations dans des cas sans diagnostic précis.** — Il est arrivé parfois que, par des manœuvres externes, le chirurgien a pu, sans diagnostic d'une

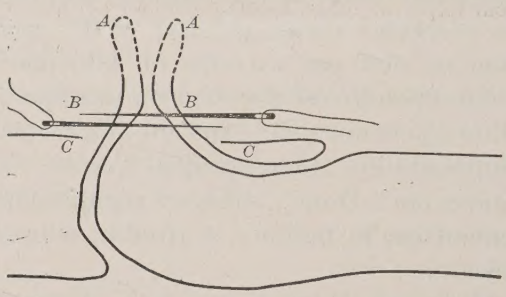

Fig. 63. — Méthode de traitement de l'invagination irréductible aiguë de Maunsell. — Suture. — Même légende que ci-dessus.

précision scientifique, obtenir la disparition des accidents ; il me paraît intéressant de signaler ici l'exemple suivant :

Baschinsky (1885), dans un cas qu'il dénomme « incarcération du côlon transverse dans la cavité rétro-utérine » et où il existait une tumeur du volume d'une pomme dans le cul-de-sac postérieur, réussit à faire cesser les accidents d'obstruction bien caractérisée, en introduisant la main dans le rectum, la malade étant dans la position genu-pectorale, et en repoussant la tumeur dans le ventre, après avoir fait des mouvements de massage des reins et du pubis au nombril.

Revue des Sociétés savantes de la semaine.

I. — MÉDECINE

A la *Société médico-chirurgicale*, séance du 9 mai 1898, à citer une communication de M. Chauson, relative aux *accidents produits par les Ascarides*.

« Il nous semble probable, dit l'orateur, que bon nombre d'accidents produits par les parasites du tube digestif sont autre chose que des phénomènes réflexes, ainsi qu'on les a appelés longtemps. A l'appui de cette opinion, qui est très

ancienne, puisqu'Avicenne en avait fait mention : « du corps des lombries sort une vapeur malfaisante qui s'élève jusqu'au cerveau ; les éléments de ces êtres absorbés avec le chyle, passent dans le sang et dépravent les humeurs » : nous invoquons des faits cliniques et accidentels ayant valeur d'expérience et des faits purement expérimentaux. A. Huber, Blanchard, Vignardon, Arthus et nous-mêmes avons observé chez les personnes qui maniaient ces ascarides dans les laboratoires des éruptions diverses, de la conjontivité, du coryza, des secrétions anormales du nez et des oreilles, de la pharyngite, de l'aphonie, etc.

Ces phénomènes étaient manifestement produits tantôt par une vapeur irritante se dégageant des animaux coupés en morceaux, tantôt par le suc ascaridien lui-même mis directement en contact avec les parties atteintes.

On a également observé d'autres faits accidentels ayant valeur expérimentale. Chacun connaît l'éruption ortiée qui succède souvent à la ponction ou à la cure des kystes hydatiques. Des accidents moins connus mais d'une intensité telle qu'ils firent concevoir une grande inquiétude aux assistants sont cités dans les *Archives générales de médecine, 1888*, par M. Achard comme s'étant produits à la suite de la ponction simple d'un kyste hydatique. M. Chauffard *(Semaine Médicale, 1896)*, cite un cas de mort rapide avec éruption, accidents convulsifs et asphyxie terminale. Le tout s'étant produit dans les 25 minutes après la ponction. D'autre part l'injection faite par nous dans le tissu cellulaire de cobayes de virus liquides préparés avec les ascarides vivants du cheval et du porc ont donné les résultats suivants : un cobaye est mort en quelques minutes avec des accidents convulsifs ; un second présenta rapidement de la raideur des membres postérieurs, mort moins de 12 heures après l'injection ; un troisième est mort également en moins de 12 heures sans qu'on ait observé les accidents initiaux. Nous avons observé d'autres cas de mort de 56 à 72 heures après l'injection.

De tous ces faits probants et en tenant compte d'autre part des faits heureusement nombreux où les helminthes ne produisent pas d'accidents, il nous semble ressortir que dans certaines conditions, encore à déterminer, les liquides provenant de ces parasites humains, notamment les liquides hydatiques et ascaridiens absorbés par l'économie peuvent provoquer par leur propre toxicité des accidents quelquefois sérieux et même amener la mort. »

A l'appui de la communication de M. Chauson, M. Jocqs cite le cas d'un enfant atteint de xanthopie avec affaiblissement de la vue. Celui-ci, ayant pris de la santonine qu'on lui avait administrée, rendit plusieurs vers, et, au bout de quelques jours, la vision jaune avait disparu, en même temps que l'acuité visuelle redevenait normale. D'après l'orateur, l'action des vers sur les centres nerveux peut être considérée comme un véritable empoisonnement et non comme un simple acte réflexe.

M. Hénocque dit que les oxyures produisent les phénomènes nerveux bien plus fréquemment que les ascarides. D'après l'orateur, l'action sur le système nerveux existe, mais on ignore la cause qui doit être recherchée et pourrait être l'intoxication.

M. Tripet a eu l'occasion de voir, il y a quelques années, un enfant de 4 ans qui revenait de la campagne, et qui fut pris d'accidents méningitiques graves (céphalalgie, vomissements, convulsions, rétraction du ventre avec fièvre modérée pouvant faire craindre une méningite tuberculeuse). Il pensa à des accidents provoqués par les ascarides, donna du calomel et de la santonine. Il y eut expulsion de 29 ascarides, dont le plus long avait 32 centimètres. Tous les accidents méningitiques disparurent. Des cas semblables ont été signalés par Archambault.

M. Bouloumié fait remarquer que s'il s'était agi de phénomènes d'intoxication, la guérison eut été moins rapide. La cause de ces accidents serait plutôt d'origine réflexe.

M. Tripet dit que la cessation des accidents méningitiques ne survint qu'après 2 ou 3 jours.

M. Depierris signale un autre cas qu'il a observé dans le service de M. Triboulet : Il s'agit d'une petite fille de 13 ans, qui est morte avec les symptômes de la méningite tuberculeuse et à l'autopsie de laquelle on trouva un seul ascaride dans l'appendice coscal, mais pas de lésions de méningite tuberculeuse.

A l'*Académie de Médecine*, séance du 31 mai 1898, après une présentation par M. Cadet de Gassicourt, au nom de M. Moté, d'un *travail sur quelques affections du tube digestif*, après quelques communications d'ordre chirurgical, dont nous rendons compte au chapitre que nous consacrons à la chirurgie, on passe à la *suite de la Discussion sur la Prophylaxie de la Tuberculose :* ce qui nous vaut deux intéressantes communications.

Celle de M. Vallin d'abord. — L'orateur, après avoir approuvé l'excellent rapport de M. Grancher, présente seulement quelques observations de détail. Sur la question des crachoirs, il recommande d'y stériliser les crachats non par l'acide phénique qui trahit par son odeur, mais par du sublimé auquel on ajoute une certaine quantité de chlorure de sodium *(4* gr. de sublimé par litre pour 80 gr. de Na Cl) : ce qui empêche la coagulation des crachats, et les aseptise parfaitement ; de même le formol à 5 pour 1000. Quant à l'eau, elle n'aseptise pas les crachats ; mais de plus, déversée sur le sol, elle se dessèche et répand la contagion. L'orateur n'est pas partisan des substances pulvérulentes pour garnir les crachoirs, ces substances ayant l'inconvénient de dessécher les crachats.

Puis celle de M. Kelsch (de Lyon). — Celui-ci approuve également, dans ses grandes lignes, le rapport de M. Grancher ; il se renferme uniquement dans la question de la Tuberculose dans l'armée. Au cours de son inspection dans une série de casernes et d'hôpitaux militaires, il a constaté que toutes les mesures ont été prises pour éviter la contagion (crachoirs désinfectés, nettoyage du parquet avec drap mouillé, aspersions antiseptiques, ventilation, etc). Il recommande aux médecins-majors de faire aux officiers des conférences d'hygiène. Enfin, il reproche à M. Grancher de n'avoir placé qu'au second plan les causes prédisposant à la Tuberculose, ces causes sont en réalité prépondérantes. Deux facteurs sont encore prépondérants ; ce sont, d'une part une nourriture suffisante, et, d'autre part, la jeunesse, et, par suite, la vigueur corporelle des troupes.

II. — CHIRURGIE

A la *Société de Chirurgie*, séance du 18 mai 1898, *Suite de la discussion sur la question des psychoses opératoires.*

M. Nimier paraît à la tribune et cite un cas qui semblerait mettre hors de cause le traumatisme dans l'apparition des troubles psychiques qui peuvent suivre une intervention ; mais il est impossible d'en entendre davantage, les conversations masquant la fin de la communication.

M. Berger parvient à se faire entendre : il distingue les désordres mentaux qui poussent le malade à réclamer une opération ni urgente, ni même opportune; dans ces cas l'opération ne peut qu'aggraver leur état mental. C'est en vain qu'on tentera une opération pour enlever une idée obsédante chez un aliéné, même borné.

L'orateur distingue encore les psychoses post-opératoires de celles qui sont dues aux intoxications, alcool ou iodoforme. Dans les troubles mentaux résultant de la cause chirurgicale elle-même, il faut signaler les troubles qui surviennent au moment de la convalescence, enfin ceux qui surviennent immédiatement après l'opération. L'auteur cite trois cas à l'appui de son argumentation et dans lesquels l'opération n'a agi que comme agissent toutes les perturbations graves chez des individus prédisposés. Quoi qu'il en soit, l'orateur ne pense pas qu'on doive tenir compte de ces faits au point de vue des indications et contre-indications opératoires. L'opération n'agit que comme une cause banale et l'aliénation aurait pu être provoquée par toute autre cause qu'une opération.

Puis vient la question du *Traitement des suppurations pelviennes par l'incision du cul-de-sac de* Douglas.

M. Quénu prend le premier la parole. Il considère cette incision comme une opération d'attente. Le foyer justiciable de l'incision est le foyer bas placé. Il peut s'agir de collections bisalpingiennes ou salpingiennes. L'opération radicale serait l'ablation de la poche; l'ouvrir ne suffit pas. L'incision simple n'est pas toujours innocente, surtout quand il y a des poches multiples, épaisses. La laparotomie est alors indiquée.

M. Ricard confirme les idées de M. Quénu et il cite plusieurs observations à l'appui. Une suppuration aiguë incisée par le cul-de-sac de Douglas continua à produire des accidents dont une fistule rectale et la malade mourut trois semaines après l'opération. Chez deux autres malades, l'incision fut suivie de fistules et dut être suivie d'hystérectomie vaginale. Une quatrième fut guérie après drainage d'une poche salpingienne. Mais 4 ou 5 mois après on dut faire une laparotomie pour enlever les annexes. L'incision est donc insuffisante dans un certain nombre de cas.

Enfin la série des présentations.

M. Poirier présente des épreuves radiographiques provenant d'un sujet ayant été opéré il y a trois ans et dont le *tibia est suppléé par le péroné.*

M. Tuffier présente une malade chez laquelle il a pratiqué une *hystérectomie vaginale pour suppuration pelvienne.*

M. Kirmisson présente des malades pour lesquels il a pratiqué le *traitement conservateur des tuberculoses chirurgicales.*

A l'*Académie de Médecine*, séance du 31 Mai, M. Calot a présenté une vingtaine de *malades atteints du mal de Pott* et qui ont été redressés par sa méthode. M. Calot fait marcher ses malades quelques semaines après le redressement si le mal est éteint: quelques mois après si le mal est encore en évolution, et ils marcheront pendant toute la durée du traitement. L'auteur leur applique un grand appareil plâtré embrassant le tronc et la base du crâne, appareil qu'il remplace par un corset 1 ou 2 ans après. Cette méthode permet de guérir rapidement les paralysies et s'applique aussi bien au traitement de gibbosités vieilles de 1 à 10 ans.

M. Poncet (de Lyon) communique une observation de M. le Dr Ch. Vinay (de Lyon), intitulée : *Un cas d'éclampsie suraigue de la grossesse*, avec accès subintrants, guéri par l'accouchement forcé et les injections massives du sérum artificiel.

Enfin M. Monod lit son rapport sur une observation de M. Monier, relative à un *corps étranger de l'œsophage.* Il s'agit d'un enfant de 5 ans qui avait avalé une pièce autrichienne ayant les dimensions d'un sou, pièce qui s'était arrêtée à la hauteur de la bronche gauche. L'auteur fit l'œsophagotomie externe et obtint la guérison. La radiographie avait permis d'établir l'endroit précis où se trouvait la pièce. L'orateur approuve M. Monier d'avoir pratiqué l'œsophagotomie externe au lieu de faire l'extraction par voie naturelle, le corps étranger ayant été avalé un an auparavant et se trouvant enclavé. Il fait ressortir les avantages de la radiographie dans ce cas.

M. Reclus relate un cas semblable de M. Reboul (de Nîmes) qu'il a déjà communiqué à la Société de Chirurgie (1). La pièce avait été avalée cinq jours auparavant et se trouvait déjà enclavée. Là, encore, la radiographie avait permis de se rendre compte du siège exact du corps étranger.

[A. P. S.].

NÉCROLOGIE

M. le Dr Johannes Alexander Garten, privatdocent de chirurgie à la Faculté de médecine de Leipzig. — M. le Dr Ignaz Neudœrfer, privatdocent de chirurgie à la Faculté de médecine de Vienne.

On annonce la mort de M. Ducoudray, sénateur radical de la Nièvre. M. le Dr Ducoudray était né à Issoudun en 1842. Candidat à la députation en 1882 dans l'arrondissement de Cosne (Nièvre), il échoua. En 1885, il fut élu sur la liste radicale et en 1889 il fut réélu par l'arrondissement de Cosne. Il échoua en 1893. Lors du renouvellement sénatorial du 3 janvier 1897, M. Ducoudray fut élu au troisième tour, battant M. Savigny de Montcorps, réactionnaire, sénateur sortant.

Suicide d'un médecin. — M. le Dr Pierre, âgé de cinquante-cinq ans, ancien médecin de marine, demeurant à Paris, s'est précipité d'une des fenêtres de son appartement, au troisième étage, et s'est tué. La cause de ce suicide est inconnue.

(1) Nous publierons cette communication dans notre prochain numéro.

VARIÉTÉS

Faculté de Médecine de Paris.

LES INCIDENTS DU CONCOURS D'AGRÉGATION.

Le concours d'agrégation d'anatomie, physiologie et histoire naturelle a donné lieu, la semaine dernière, à la Faculté de médecine, à quelques incidents.

L'administration supérieure a ordonné des mesures d'ordre assez rigoureuses, mais uniquement à l'extérieur de l'école. Des groupes d'agents en uniforme avaient été disséminés sur les trottoirs de la rue de l'École-de-Médecine et du boulevard Saint-Germain ; d'autres stationnaient devant les portes de l'école. Ces agents, au reste, n'ont pas eu à intervenir. Deux jours de suite, deux ou trois cents étudiants ont stationné devant la grille de la rue de l'École-de-Médecine. La porte de cette grille n'était qu'entrebâillée ; elle était retenue par une forte chaîne. Les garçons de la Faculté ne laissaient pénétrer, un à un, que les étudiants de la Faculté, munis de leurs cartes. Parmi ces étudiants, les uns se rendaient soit à la bibliothèque, soit aux différents cours professés à cette heure à l'école; les autres demandaient à assister au concours d'agrégation. Ces derniers étaient de nouveau arrêtés à l'entrée du grand couloir, qui donne accès à la salle du conseil, où se faisaient les leçons d'agrégation, Cette salle, en effet, est de dimensions assez exiguës, et l'ordre avait été donné de ne laisser pénétrer qu'un nombre de jeunes gens égal au nombre des places disponibles : une centaine environ. Aussi, lorsque ce nombre était atteint, la porte était fermée et maintenue solidement par des appariteurs. Quelques cris ont été poussés. On a conspué le professeur Blanchard, objet de la manifestation ; on se plaignait également que le concours devait être, d'après la loi, public, et qu'il ne l'était pas. Cette opinion était d'ailleurs erronée, puisque 80 ou 100 personnes assistaient à la même heure au concours. Les candidats ont pu tranquillement faire leurs leçons : il n'y a eu, à l'intérieur de la salle, aucun incident. Tout semble terminé aujourd'hui.

Nouvelles et Faits divers

Faculté de Médecine de Paris. — *Concours de l'Adjuvat.* — Ce concours commencera le mardi 10 mai. Le jury se compose de MM. Le Dentu, Tillaux, Poirier, Thiéry, *juges titulaires ;* Duval, Ricard, Sebileau, *juges suppléants.*

Hôpitaux de Paris. — *Concours d'accouchement.* — Les candidats du concours qui doit s'ouvrir le 23 mai pour la nomination à deux places d'accoucheur des hôpitaux de Paris sont : MM. Basset, Baudron, Bernheim, Bouffe de Saint-Blaise, Brindeau, Chavane, Dubrisay, Macé, Schwab, Wallich. Le jury est provisoirement composé de MM. Pinard, Doléris, Ribemont, Champetier de Ribes, Bonnaire, Descroizilles, Delens.

Voici le sujet de la composition écrite : VAISSEAUX SANGUINS DE L'UTÉRUS; ANATOMIE, PHYSIOLOGIE.

Concours de médecine. — Le jury pour le deuxième concours est définitivement composé de MM. Rendu, Huchard, Robin, Mathieu, Labadie-Lagrave, Tenneson, Tuffier.

Concours de chirurgie. — Le jury pour le deuxième concours est définitivement composé de MM. Broca, Duplay, Berger, Michaux, Kirmisson, Schwartz, Gouraud.

Maison de Saint-Lazare. — Le concours de l'internat s'est terminé par la nomination de MM. Bizard, Rellay, Monel, Perrier, Lefert et Vallet.

Hôpital Saint-Louis. — M. Du Castel : Conférence clinique tous les samedis (à partir du 4 juin), à 2 heures 1/2 (salle des conférences). Avant la leçon, à 1 heure 1/2, consultation externe.

Hôpital Tenon. — M. Béclère : Tous les vendredis (à partir du 27 mai), à 10 heures 1/2, conférence et exercices pratiques sur les applications de la découverte de Rœntgen au diagnostic médical.

Avis aux Internes des Hôpitaux de Paris. — PRIX CIVIALE. — Un concours est ouvert, en 1898, entre les Internes titulaires ou provisoires pour l'attribution du Prix biennal de 1,000 fr., fondé par feu le Docteur CIVIALE au profit de l'élève qui aura présenté le travail jugé le meilleur sur les maladies des voies urinaires. Ce travail devra être déposé au secrétariat général de l'administration avant le 15 décembre 1898, au plus tard. MM. les Internes sont informés que les mémoires qui auraient été déjà présentés pour le concours des prix de l'internat (médaille d'or) ne pourront pas être admis pour le prix Civiale. Les élèves qui désireraient obtenir des renseignements sur les conditions du concours devront s'adresser au secrétariat général (bureau du service de santé).

Concours pour la nomination à deux places d'aide d'anatomie à l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux. — Ce concours sera ouvert le lundi 4 juillet 1898, à midi, à l'administration centrale, avenue Victoria, n° 3. MM. les élèves des hôpitaux qui voudront concourir se feront inscrire au secrétariat général de l'administration à partir du lundi 6 juin, jusqu'au samedi 18 du même mois inclusivement, de onze heures à trois heures.

Amphithéâtre d'anatomie. — PROGRAMME DES COURS DE LA SAISON D'ÉTÉ (année 1898). — 1° *Cours de médecine opératoire*, sous la direction de M. le Dr QUÉNU, directeur des travaux scientifiques. MM. les élèves internes et externes des hôpitaux et hospices sont prévenus que les cours de médecine opératoire ont commencé le lundi 18 avril 1898; 2° *Conférence d'histologie.* Des conférences sur l'histologie pathologique continueront à être faites par M. le Dr MACAIGNE, chef du laboratoire. MM. les élèves seront chaque jour exercés, sous sa direction, au maniement du microscope. — *Nota.* Les microscopes et autres instruments nécessaires à ces divers travaux pratiques seront mis gratuitement à la disposition de MM. les élèves par l'administration de l'Assistance publique. Les séries devant être reconstituées pour la médecine opératoire, MM. les élèves sont prévenus que leurs cartes seront reçues à partir du jour de la publication de la présente affiche.

Gazette Médicale de Paris
PARIS — 93, Boulevard Saint-Germain, 93 — PARIS

Avis à nos Lecteurs

Pour faciliter à nos lecteurs l'abonnement à la *Gazette Médicale de Paris* et, à titre d'essai, l'Administration du Journal a décidé d'accepter, pour le prix de **Cinq Francs**, des abonnements de Six mois partant du 1er Juillet 1898 et allant jusqu'au 1er Janvier 1899.

A tous nos nouveaux abonnés, pour ces Six mois, nous remettrons de plus, *à titre de Prime d'Abonnement,* la collection complète des Six premiers mois de l'année 1898 de la *Gazette Médicale*.

Pour bénéficier de cette Prime, il est nécessaire d'adresser avant le 1er Octobre 1898 la somme de *Cinq francs* à l'Administration du Journal, 93, Boulevard Saint-Germain, en **timbres-poste** ou en un mandat.

AVIS TRÈS IMPORTANT

Tout étudiant en médecine, qui enverra à la *Gazette Médicale de Paris*, 93, boulevard Saint-Germain, Paris, deux exemplaires de sa thèse de doctorat, aura droit *gratis* à un abonnement d'un an, à la seule condition d'en adresser la demande écrite aux bureaux de l'*Institut de Bibliographie*, 93, boulevard Saint-Germain.

INSTITUT DE BIBLIOGRAPHIE
PARIS. — 93, boulevard Saint-Germain, 93. — PARIS

VIENT DE PARAITRE :

Chirurgie de l'Instestin ; par M. JEANNEL, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de Médecine de Toulouse. — Paris, Institut de Bibliographie, 1898. — Vol. de 400 pages, avec 363 fig. dans le texte. — Prix : 10 francs.

C'est une *Chirurgie opératoire* de l'intestin que publie aujourd'hui M. Jeannel; et nous voulons espérer qu'il complétera son œuvre, en nous donnant ultérieurement le complément nécessaire, sous forme d'une *Chirurgie pathologique* du tube intestinal.

Certes, de toutes les chirurgies viscérales, celle de l'intestin est bien une de celles où les plus belles conquêtes aient été faites dans la deuxième moitié du XIXe siècle. Autant, naguère, le chirurgien redoutait avec trop de raison les interventions intestinales, autant, de nos jours, c'est avec confiance qu'il entreprend sur le tube digestif les opérations les plus hardies et les plus ingénieuses. Et cependant il n'existait encore aucune monographie complète consacrée à l'étude de ces opérations ! Assurément les traités anciens ou récents de médecine opératoire contiennent un chapitre où sont indiqués les principaux points de suture avec leur technique, et où sont plus ou moins décrits l'entérostomie, l'entérorraphie, l'entérectomie, l'entéroanastomose, etc. Assurément aussi nous avions deux petits livres sur les mêmes sujets. Mais en vérité il n'y a, en tout cela, que des ébauches insuffisantes pour instruire le lecteur et former un opérateur. M. Jeannel a voulu combler cette lacune. Fort d'une expérience personnelle acquise dans sa pratique et complétée par la lecture et la mûre analyse de toute la littérature afférente à la question, il a écrit un livre qui, s'il n'est pas sans défauts, a du moins le mérite d'être complet et consciencieux.

La chirurgie de l'estomac, la chirurgie de l'anus et du rectum étaient faites et bien faites; M. Jeannel n'a pas cru devoir les recommencer, et il s'est borné à la chirurgie du duodénum, de l'intestin grêle, de la région iléo-cœcale et des côlons. M. Jeannel ne s'est pas contenté de décrire les différentes opérations et les procédés opératoires, et de formuler les indications de chacune et de chacun. Cédant à ses habitudes professorales, il a critiqué les uns et les autres, donnant sur les questions en litige son opinion motivée. Peut-être quelques esprits chagrins et susceptibles lui reprocheront-ils de parler parfois trop net, et de ne pas émousser les pointes de ses critiques! Mais ne serait-il pas lui-même en droit de répondre qu'en matière scientifique la vérité ne peut blesser.

[A. P. S.]

ARCHIVES PROVINCIALES DE CHIRURGIE
Paraissant tous les mois
Rédacteur en chef : Dr MARCEL BAUDOUIN
BUREAUX : 93, Boulevard Saint-Germain. — PARIS
PRIX DE L'ABONNEMENT :

France et Algérie	20 fr.
Recouvré à domicile	20 50
Pays étrangers compris dans l'Union postale.	23 »
Prix du numéro	**2 fr.**

Toutes les lettres, communications, livres, journaux, mandats, relatifs, soit à la Rédaction, soit à l'Administration, doivent être adressés **franco** à M. le RÉDACTEUR EN CHEF-GÉRANT des *Archives provinciales de Chirurgie*, 93, boulevard Saint-Germain, Paris.

Le Rédacteur en chef-Gérant : Marcel BAUDOUIN.

Paris. — Imp. de l'A. B. C., 191, Fg Poissonnière.
J. TINTURIER, Directeur.